

· 病例讨论 ·

毛细血管内增生性肾小球肾炎病案

占 永 立 整理

(中国中医科学院广安门医院肾内科,北京市宣武区北线阁5号,100053)

[关键词] 毛细血管内增生性肾小球肾炎;急性链球菌感染后肾炎;尿血

1 病历摘要

闫某某,男,13岁,主因“咳嗽2周,尿血2天”,于2006年12月3日收入院。患者2周前因受凉后出现咳嗽、咯黄痰,无发热恶寒,自服清开灵口服液、阿莫西林等中西药物后,咳嗽稍有好转,2天前出现肉眼血尿,伴腰酸、无尿频、尿急、尿痛,至北京某医院就诊,查血常规:白细胞 $12 \times 10^9/L$,中性粒细胞 0.67,淋巴细胞 0.25;尿常规:蛋白 1.5g/L,红细胞满视野,白细胞 3~5/HP。胸部X线平片:两肺纹理增多,略毛糙。诊断为:(1)急性上呼吸道感染;(2)急性肾小球肾炎。予抗感染治疗(具体药物不详)后,咳嗽等症明显好转,但仍尿血。转诊于我院中医治疗,入院时症见:偶有咳嗽,咯少量黄痰,咽干、咽痛,无发热恶寒,肉眼血尿,无尿频、尿急、尿痛,食纳可,大便调。查体:体温 $36.5^\circ C$,血压 120/80mmHg,神清,精神好,头面及双下肢轻度浮肿,咽部充血,双侧扁桃体I度肿大,全身皮肤巩膜无黄染,浅表淋巴结未触及肿大,胸廓对称,双肺呼吸音稍粗,未闻及干、湿性啰音,心率72次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,腹软无压痛,肝脾肋下未触及,双肾区叩击痛(±),舌尖红,舌苔稍黄腻,脉浮滑。既往体健,否认肝炎、结核病史,否认药物过敏史。实验室检查:血常规:红细胞 $4.37 \times 10^{12}/L$,白细胞 $9.82 \times 10^9/L$,血红蛋白 117g/L,中性粒细胞 0.61,淋巴细胞 0.26;尿常规:24小时尿蛋白定量 2.35g,蛋白 1.5g/L,红细胞 30~40/HP,白细胞 3~5/HP;血生化:肌酐 $66 \mu mol/L$,尿素氮 $3.2 mmol/L$,总胆固醇 $4.5 mmol/L$,甘油三酯 $1.6 mmol/L$,总蛋白 68g/L,白蛋白 36g/L;免疫学检查:类风湿因子(-),高敏C反应蛋白(HS-CRP) 11.5mg/L,补体C₃ 18.9mg/dl,免疫球蛋白IgA 2.02g/L, IgG 1.69g/L, IgM 0.99g/L, ANA(-), Anti-dsDNA(-), Anti-ENA(-), Anti-Sm抗体(-), Anti-RNP抗体(-),抗链O(ASO) 559.9U/L。双肾B

超:右肾 $10.9 cm \times 5.0 cm$,皮质厚度 1.2cm,左肾 $11.2 cm \times 5.1 cm$,皮质厚度 1.3cm。入院诊断:中医:(1)尿血(热灼血络);(2)咳嗽(风热犯肺)。西医:(1)尿血原因待查(急性肾小球肾炎?慢性肾小球肾炎急性发作?);(2)急性上呼吸道感染。入院后予疏散风热,凉血止血中药,每日1剂,方药:金银花 12g,连翘 12g,淡竹叶 6g,瓜蒌 12g,黄芩 12g,荆芥 9g,炒栀子 12g,薄荷 6g,鲜芦根 30g,白茅根 30g,仙鹤草 15g,茜草 12g,地榆炭 12g。12月3日B超引导下肾穿刺活体组织检查,光镜:肾穿刺组织可见38个肾小球,肾小球系膜细胞和内皮细胞弥漫增生伴中性白细胞浸润,系膜区嗜复红蛋白沉积。肾小管上皮细胞颗粒变性,肾间质小动脉无明显病变。免疫荧光:可见11个肾小球, IgG(-), IgA(-), IgM(-), C₃(++), C_{1q}(-), FRA(-), Alb(-),团块、颗粒样系膜区、毛细血管壁沉积。电镜:肾小球系膜细胞和内皮细胞弥漫增生伴中性白细胞浸润,系膜区团块状电子致密物沉积,上皮足突节段融合。病理诊断为毛细血管内增生性肾小球肾炎。结合临床与病理,为确定下一步治疗方案,2006年12月8日进行病例讨论。

2 病例讨论

住院医师赵某:该患者肾活检病理诊断为毛细血管内增生性肾炎,综合临床与病理结果,诊断为急性链球菌感染后肾炎(毛细血管内增生性肾炎)。本病主要需与IgA肾炎(IgAN)鉴别。两者都可有血尿及蛋白尿,但急性链球菌感染后肾炎多发于青少年,一般感染后2周出现水肿、血尿、蛋白尿等表现,ASO升高,补体C₃下降,肾脏病理主要为毛细血管内增生性肾小球肾炎,本病有自愈倾向。IgAN亦好发于青少年,多于急性上呼吸道感染后2天内发病,临床可表现为血尿、蛋白尿、肾病综合征,甚至急性肾功能衰竭,血清补体正常,病理表现为系膜区IgA或以IgA为主的免疫复合物沉积,可因感染而诱发,通过肾血清免疫学检查及肾活检二者不难鉴别。

患者中医诊断为尿血,同时伴咳嗽、咯黄痰、咽干、

咽痛,无发热恶寒,腰酸痛,大便调,舌尖红,舌苔稍黄腻,脉浮滑略数。中医辨证属外感风热,肺失宣肃,不能通调水道,风水相搏,郁而化热,热灼血络,故而出现咳嗽、尿血等症状。其病位在肺肾,病性属标实,治宜疏散风热,凉血止血。

主治医师王某:急性链球菌感染后肾炎是由 β 溶血性链球菌 A族中致肾炎菌株感染引起的免疫复合性肾炎。目前研究认为,体液免疫和细胞免疫机制共同参与了本病的发病过程。急性链球菌感染后肾炎常自发缓解,如临床症状较轻,可给予降压、消肿等对症治疗,不必免疫抑制剂治疗;对于急性病变,临床表现和/或肾脏病理改变严重的成年患者可给予激素治疗,可以明显减轻疾病进一步发展和出现严重后遗症的危险性;伴严重感染的急性链球菌感染后肾炎患者可迅速进展为新月体性肾炎,当新月体较大且40%以上的肾小球出现新月体时,需大剂量免疫抑制剂治疗。该患者临床症状较轻,面部及双下肢轻度浮肿,血压正常,且肾脏病理改变不重,从西医角度无需特殊治疗,因此,该患者目前的治疗主要应以中医为主。该患者起病较急,尿色鲜红,在尿血的同时伴有咳嗽、咽痛等症,舌尖红、苔稍黄腻,脉浮滑略数。证属外感风热,心火亢盛。治宜疏散风热,清心泻火,凉血止血。建议方中加入生地黄、小蓟、藕节等凉血止血之品。

副主任医师饶某某:急性链球菌感染后肾炎病理主要表现为毛细血管内增生性肾炎,该患者的西医诊断与治疗同意以上二位医师的意见。儿童急性链球菌感染后肾炎近期和远期预后均良好,几乎所有患者的临床症状均在发病后几周内消失,很少进展为慢性肾脏病。成人病程较儿童长,蛋白尿与血尿可持续数月甚至年。

本病属“尿血”的范畴。清·唐容川在《血证论·吐血》中提出了止血、祛瘀、宁血、补虚四法,仍为目前治疗血证的常用方法。该患者病程短,综合临床症状及舌脉,属外感风热,心火亢盛,下焦湿热,方中清热利湿之力尚嫌不够,可加入滑石、车前子等清热利水之品,使湿去热孤,而热邪易除。

主任医师占某某:急性链球菌感染后肾炎主要与以下疾病相鉴别:(1) IgA肾病。IgA肾病临床可表现为上呼吸道感染的同时短期内出现蛋白尿、血尿、水肿和高血压,血清补体正常,免疫病理以肾小球系膜区IgA沉积为主。该患者在上呼吸道感染2周后出现蛋白尿、肉眼血尿,且血清补体显著下降,免疫荧光以C₃沉积为主,IgA阴性,故不考虑IgA肾病。(2)非IgA系膜增生性肾小球肾炎。发病6周内光镜下肾脏病理改变和

免疫病理改变与典型的急性链球菌感染后肾炎不难鉴别。但急性链球菌感染后肾炎起病8周后(消散期)血清补体可恢复正常,而且肾脏病理可仅见单纯系膜增生,无“驼峰”和白细胞浸润,则很难鉴别。(3)可引起急性肾炎综合征的系统疾病如系统性红斑狼疮、过敏性紫癜、感染性心内膜炎、原发性冷球蛋白血症、结节性多动脉炎等,常伴有肾外多系统受累的表现,不会自行缓解。(4)其他可表现为弥漫性系膜毛细血管内增生性肾小球肾炎包括感染性心内膜炎、分流性肾炎、病毒和寄生虫感染后肾炎等,以上病毒和寄生虫感染后,肾炎均无血清补体降低。

中医学认为,肾络瘀阻是尿血病机的关键。肾脏络脉瘀滞一方面可导致血不归经,溢于络外;另一方面瘀久化热,迫血外渗,从而加重或引发血尿,此外,络中瘀血极易与湿、热、毒邪交相济恶。因此,在急性期之后,可适当加入化瘀通络之品,临床上常用生蒲黄、茜草、牡丹皮、赤芍、桃仁等活血之中又有凉血之功的药物,亦可用地龙、全蝎等通络药。

3 后记

经讨论后,确立治疗方案如下:中医证属外感风热,心火亢盛,湿热内蕴。治以疏风清热,凉血止血,利湿消肿。处方:金银花12g,连翘12g,淡竹叶6g,炒栀子12g,薄荷6g,黄芩12g,生地黄9g,白茅根30g,小蓟15g,藕节12g,滑石18g,车前子15g(包煎),甘草6g。4周后咳嗽、水肿等症消失,肉眼血尿转为镜下血尿,伴乏力,口干,咽干、咽痛,舌质偏红,苔稍黄腻,脉细滑。证属气阴两虚,挟湿挟瘀。治以益气养阴,清热利湿,活血止血。处方:生黄芪15g,太子参15g,生地黄9g,牡丹皮9g,金银花12g,连翘12g,知母9g,生蒲黄12g,茜草12g,白茅根15g,小蓟15g,仙鹤草15g。以后随症加减治疗3月余,镜下血尿等症消失,多次复查尿常规完全正常,病情痊愈。

(收稿日期: 2007-06-07)

[编辑: 洪涛]

长期销售空心胶囊

本产品严格按照国家标准和《中国药典》规定的质量要求生产,符合药用各项指标,有0号、1号、2号等型号,多种颜色可供选择。本公司以合理的价格欢迎单位和个人来电来函咨询。对用量少的单位和个人将办理邮购业务。价格:每万粒135元(含邮资)。

地址:浙江新昌县一诺胶丸有限公司,电话:(0575) 86061888, 013706852676, 邮编: 312560 联系人:潘炎锋